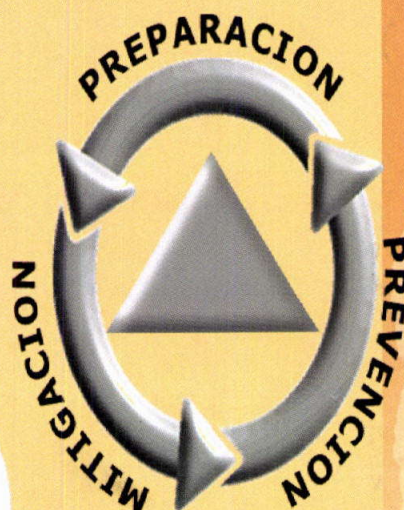




GOBIERNO DE CHILE
OFICINA NACIONAL DE EMERGENCIA
MINISTERIO DEL INTERIOR

ONEMI ONEMI
ONEMI ONEMI
ONEMI ONEMI

APOYO PSICOLÓGICO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA MAYOR O DESASTRE



NIVEL 1
MÓDULO
BÁSICO

PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN
BASES PARA LA ACCIÓN INTEGRAL EN PROTECCIÓN CIVIL

PROGRAMA DE FORMACIÓN PROFESIONAL EN PROTECCIÓN CIVIL

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I CRISIS	6
1.1 Definición	6
1.2 Crisis normativa	6
1.3 Crisis no normativas	7
1.4 Modelo ecológico	8
1.5 Relación funcional del proceso de crisis	8
CAPITULO II GRUPOS DE ALTA VULNERABILIDAD	10
2.1 Clasificación de los grupos de alta vulnerabilidad	10
2.1.1 Factor género	11
2.1.2 Factor etario	11
CAPITULO III IMPACTO	13
3.1 Impacto a nivel individual	13
3.1.1 Reacciones adaptativas o esperadas en adultos	13
3.1.1.1 Fase Shock	13
3.1.1.2 Fase de Reacción	14
3.1.2 Reacciones adaptativas o esperadas en Niños y Adolescentes	15
3.1.2.1 Reacciones en niños hasta los 2 años	16
3.1.2.2 Reacciones en niños desde los 2 hasta los 6 años	16
3.1.2.3 Reacciones en niños desde los 6 hasta los 11 años	16
3.1.2.4 Reacciones en preadolescentes y adolescentes	17
3.2 Manifestaciones Psicosociales Comunitarias	18
3.2.1 Período previo a la emergencia o desastre, frente a una alerta	18
3.2.2 Período de la emergencia mayor o desastre	18
3.2.3 Período posterior a la emergencia mayor o desastre	18
3.2.4 Período de recuperación a la emergencia mayor o desastre	19
3.3 Mitos y realidades	20
CAPITULO IV INTERVENCIÓN	22
4.1 Estrategias de intervención	24
4.1.1 Primera Ayuda Psicológica	25
4.1.2 Intervención en crisis	25
4.1.3 Terapia de crisis	25
4.1.4 Debriefing	25
4.1.5 Informe manejo de crisis (IMC)	25
4.1.6 Defusing o Desactivación	26
4.1.7 Desmovilización	26
4.2 Primera Ayuda Psicológica (PAP)	26
4.2.1 Principios básicos	26
4.2.2 Primer Apoyo Psicológico Individual	27
4.2.2.1 Objetivos	27
4.2.2.2 Etapas	27

4.2.3	Primer Apoyo Psicológico Grupal	27
4.2.3.1	Objetivos	27
4.2.3.2	Etapas	27
4.3	Procedimientos	28
4.3.1	Procedimientos con Adultos	28
4.3.2	Procedimientos con Niños	28
4.3.3	Procedimientos con Adolescentes	29
4.3.4	A Nivel Comunitario	29
4.3.5	Qué no hacer	30

CAPITULO V EQUIPOS DE INTERVENCIÓN 31

5.1	Competencias necesarias para brindar primer apoyo psicológico en situaciones de crisis, emergencias y desastres	31
5.2	Reacciones esperables en los operadores de Emergencias	31
5.2.1	Reacciones Físicas	32
5.2.2	Reacciones Conductuales y Sociales	32
5.2.3	Reacciones Cognitivas	32
5.2.4	Reacciones Emocionales	32
5.3	Autocuidado	33

BIBLIOGRAFÍA 34

INTRODUCCIÓN

ONEMI, Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior, dada su misión de coordinar todas las acciones de prevención, respuesta y recuperación en variadas situaciones de emergencias, desastres y catástrofes, de origen humano y natural, ha desarrollado un Modelo orientado a la Gestión Permanente del Riesgo, integrado, integral, participativo y descentralizado, con la finalidad última de mejorar sustantivamente la calidad de vida de las personas, por medio del perfeccionamiento continuo de sus condiciones de seguridad.

La dinámica actual de creciente desarrollo nacional ha generado las condiciones para que las personas vivan nuevos y variados escenarios de riesgo, lo que, dependiendo del manejo que se les brinde, pueden llegar a convertirse en emergencias mayores o desastres. Estas situaciones alteran la vida de las personas sobrepasando su capacidad habitual de respuesta, con consecuencias adversas para las mismas, sus bienes y el ambiente.

Al respecto, las características y causas del evento, el nivel de implicación del individuo o la comunidad en el mismo y el tipo y cantidad de pérdida, son algunos de los factores determinantes del impacto psicosocial que pueden generar este tipo de situaciones.

Es necesario mencionar que, a consecuencia de vivir una emergencia mayor o un desastre, la mayoría de las personas presentan reacciones conductuales, fisiológicas y emocionales intensas, que son completamente normales y esperables frente a una situación que ha alterado sus vidas.

En el ámbito de las personas, el impacto de una situación de emergencia mayor o desastre varía notablemente entre una y otra, comprometiendo todas sus dimensiones: emocional, conductual, cognitiva (pensamientos), fisiológica-somática (cuerpo) y relacional (relaciones con los demás).

Este impacto se evidencia en la manifestación de variadas necesidades psicosociales, que principalmente se satisfacen con alimentación, agua, vivienda, información, etc., sin considerar mayormente las necesidades superiores de índole psicológico, que requieren como primera medida, de un Primer Apoyo Psicológico.

La atención integral de las distintas necesidades psicosociales, en especial las de carácter emocional, es una tarea fundamental, en el entendido que la dimensión emocional de las personas es la que otorga sentido de la existencia, la que permite un estado de bienestar consigo mismo, con los demás y con el entorno, la que condiciona la capacidad de recuperación y por ende la calidad de vida.

Además, la atención oportuna de estos aspectos permite prevenir futuras disfunciones o trastornos que podrían manifestarse a mediano y largo plazo, tanto a nivel individual como comunitario. Algunas de estas reacciones disfuncionales son el aumento del consumo indebido de alcohol y drogas, aumento de violencia, aumento del número de personas con trastorno de estrés postraumático, etc.

Es por ello que ONEMI, considera relevante abordar y promover este tema, para lo cual sirve de base el presente documento "Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencia Mayor o Desastre".

La finalidad de este instrumento es lograr sensibilizar sobre la importancia que debe brindarse a la atención de las necesidades psicosociales de las víctimas, damnificados y afectados por una emergencia mayor o desastre, así como también de los operadores de emergencias. Además, pretende introducir y proporcionar elementos teóricos relevantes de la atención de estos aspectos durante las fases de Respuesta y Recuperación ante una emergencia mayor o desastre.

Para ello, desde el año 2006 se conformó la Comisión Técnica de Primer Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencias y Desastres en el marco de acción del Comité Nacional de Protección Civil, el que consulta un Programa de Apoyo Psicológico en situaciones de Emergencia, por el cual se realice un conjunto de acciones integrales y oportunas orientadas a contener, apoyar y promover una resolución positiva de la situación, a las personas y operadores que resulten afectados por una emergencia mayor o desastre. Cabe mencionar que la acción de este programa deberá efectuarse a través de equipos multidisciplinarios integrados por psicólogos, profesionales de la salud, profesores, sacerdotes, asistentes sociales, personal de organismos voluntarios, líderes comunitarios, etc., debidamente capacitados que puedan realizar intervenciones psicosociales para superar el impacto de un evento.

Este documento, en particular, trata sobre los impactos psicosociales de una emergencia mayor o desastre, a través de la descripción de las problemáticas psicosociales que se presentan a nivel comunitario, como de las manifestaciones o reacciones individuales de las personas. Asimismo, se señalan los tipos de intervención psicosocial posibles de realizar con las personas, comunidades y operadores de emergencia durante las fases de Respuesta y Recuperación, con especial énfasis en la estrategia de Primer Apoyo Psicológico en Emergencias o Desastres.

CAPITULO I

CRISIS

1.1. DEFINICION

En términos generales, las situaciones de crisis, pueden ser entendidas como un estado delicado y conflictivo en el cual, por circunstancias de origen interno o externo, se rompe el equilibrio y se altera la normalidad de la vida de las personas, sobrepasando su capacidad habitual de respuesta.

Una situación de crisis, no sólo constituye un aspecto adverso o de amenaza para las personas o comunidades, sino también son una oportunidad de cambio, crecimiento y desarrollo. Es así como el término crisis (Weiji) para los chinos se compone de dos caracteres que significan Peligro y Oportunidad concurrentes en un mismo tiempo.

Figura N° 1: Ideograma Chino que representa el concepto de Crisis.



Las crisis pueden ser clasificadas como crisis normativas y no normativas.

1.2. CRISIS NORMATIVAS

Las **crisis normativas** o esperadas se asocian a lo que se llama Ciclo Vital de la persona o familia y está conformado por varias fases o etapas que invariablemente se deben atravesar. En una persona corresponde a las crisis que pueden surgir en cada etapa de desarrollo: nacimiento, infancia, pubertad adolescencia, juventud, adultez y tercera edad.

En cada una de las etapas, la crisis surge por las facultades que las personas o grupo social tienen a la hora de acomodarse o ajustarse a los cambios.

Todas las personas pasan por las distintas etapas del ciclo vital y nadie está ajeno a la tensión de vivirlas, sin embargo, algunos factores inciden para que una etapa del ciclo vital se convierta una crisis, a saber:

- a) Cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa del desarrollo se dificulta o se perturba.
- b) Sobrecarga de exigencias.
- c) Cuando un individuo no acepta o no se encuentra preparado para vivir sucesos determinantes de la vida.
- d) La percepción de encontrarse fuera de fase de acuerdo con las expectativas de los demás o de la sociedad según la edad.

1.3. CRISIS NO NORMATIVAS

Las **crisis no normativas** o no esperadas se caracterizan por la aparición súbita de un factor estresante que modifica en forma drástica la organización y el funcionamiento de una persona o comunidad.

Las emergencias, desastres o catástrofes corresponden a la clasificación de crisis no normativas o no esperadas, cuyas características se mencionan a continuación:

- Estas situaciones son vividas por las personas o comunidades como situaciones de crisis, de quiebre en sus vidas y cuya experiencia se inscribe en la vida de las personas como un antes y un después de su ocurrencia.
- Las emergencias y los desastres constituyen hechos sociales y colectivos, puesto que su implicancia o afectación no es individual sino que compromete a un grupo de personas.
- Generan un grado de alteración en la vida de las personas altamente variable, que oscila desde una afectación menor hasta la muerte.
- Las emergencias, los desastres y las catástrofes sobrepasan la capacidad habitual de respuesta de las personas, dado el impacto que las mismas generan en las personas.
- Ante una emergencia o desastre se hace necesario identificar y movilizar mayores y mejores recursos por parte de las personas y comunidades.

Aún cuando las personas tienen conocimiento de la posible ocurrencia de situaciones de emergencias o desastres, son las características de éstos, formas de manifestación, su calidad de urgencia, el nivel de daño generado y lo imprevisto de éstas, lo que impacta a las personas y comunidades. En relación a esto último, las emergencias y desastres de origen humano, en comparación con las de origen natural, se relacionan más con efectos psicológicos crónicos y de largo plazo en quienes han sido expuestas a este tipo de situaciones (Slaikeu, 1996).

1.4. MODELO ECOLOGICO

El modelo ecológico desarrollado por Bronfenbrenner (1987) propone una perspectiva útil para el estudio de las crisis. Desde este modelo, se puede entender la crisis como un fenómeno explicado por un conjunto de estructuras seriadas en diferentes niveles, en la que cada una de ellas contiene a la otra. Cada estructura seriada se denomina niveles: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. En consecuencia, el análisis de una situación de crisis, emergencia, desastre o catástrofe debiera consultar el análisis de cada uno de los niveles implicados en el fenómeno de crisis y de todos a su vez.

El microsistema es el nivel más pequeño de análisis que corresponde al individuo o comunidad que vivencia una crisis. En este nivel cobra importancia los factores personales como edad, experiencia en emergencias anteriores, nivel educacional, factores de resiliencia, etc.

El mesosistema es el nivel inmediatamente superior y tienen relación con factores contextuales de las crisis como la variable de riesgo ante la que se está expuesta, formas de manifestación, grado de afectación, etc.

El exosistema se refiere al nivel inmediatamente superior al mesosistema y se relaciona con los factores ambientales que modulan la experiencia de la crisis. En este nivel cobran relevancia algunos aspectos como los espacios formales o informales para el abordaje de las crisis, los estilos de relaciones de las personas o comunidades, la identificación y el reconocimiento de las reacciones o manifestaciones de las personas impactadas, etc.

El nivel de macrosistema es nivel superior de análisis y en él es posible advertir los sistemas de creencias, valores, mitos, ideologías, prejuicios y otros factores culturales propios de las personas o comunidades que inciden y permean el como de vivencia y se resuelven las diferentes crisis. Por ejemplo la atribución del terremoto a causas religiosas, etc.

1.5. RELACION FUNCIONAL DEL PROCESO DE CRISIS

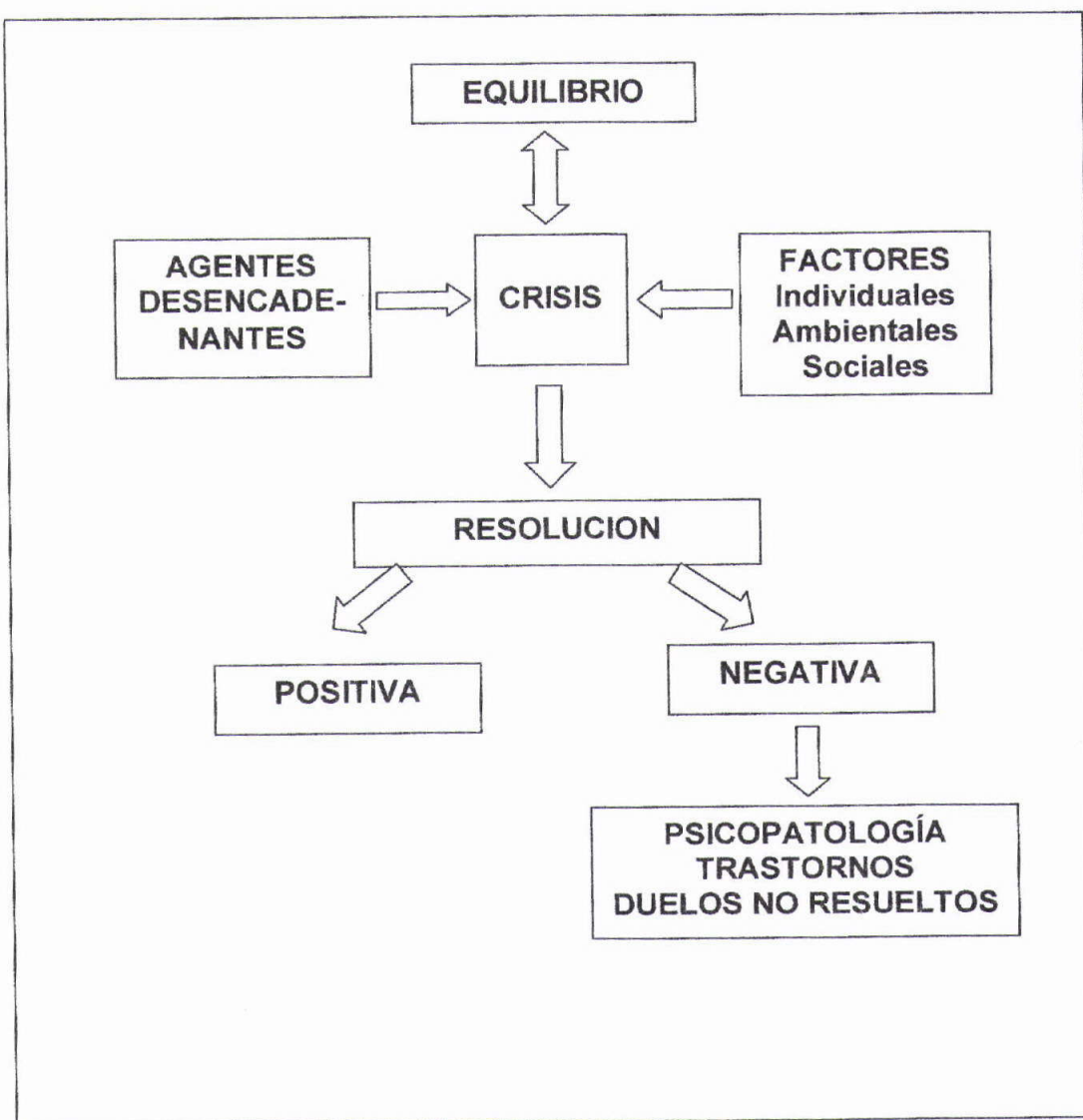
Las situaciones de crisis corresponden a procesos de quiebre e inestabilidad en el funcionamiento de un sujeto o una comunidad. Para entender este proceso es necesario concebir al individuo como un sistema abierto en constante intercambio con su medio. En esta relación con el medio, el individuo o los individuos trabajan permanentemente por mantener un equilibrio que les permita continuar con su evolución, desarrollo y adaptación. Si se rompe equilibrio, la persona puede entrar en una fase de crisis, originada por factores internos o externos del individuo o comunidad. Los factores internos se asocian a las etapas de desarrollo o ciclo vital, que son más menos previstas: nacimiento, infancia, adolescencia, etc. Los factores externos, se relacionan a circunstancias de la vida, cuyo origen puede ser natural o provocado por el hombre. Además, en este proceso se conjugan factores individuales (microsistema), contextuales (exosistema), ambientales (mesosistema) y sociales (microsistema), como la edad de las personas, estilos de apego, resiliencia, nivel sociocultural, grado y tipo de

vulnerabilidad, características particulares de los contextuales, sistemas de creencias, red de apoyo, etc.

Todos estos factores se conjugan de manera tal de generar un nivel de tensión que puede derivar en una crisis, es decir, en un estado de desorganización, ruptura o quiebre.

Los modos o estrategias que permitan resolver la crisis permitirán que la persona o comunidad vuelva a un estado de equilibrio, o por el contrario, se presenten reacciones disfuncionales, trastornos o psicopatologías, si la resolución de la crisis no fue adecuada o no se realizó en el momento necesario.

Figura N° 2: Relación funcional del proceso de crisis



CAPITULO II

GRUPOS DE ALTA VULNERABILIDAD

Se entiende por grupo de alta vulnerabilidad a aquel conjunto de personas que frente a situaciones de emergencia mayor o desastres resultan altamente impactadas y, al mismo tiempo, presentan mayores dificultades para reconstruir todos los aspectos perturbados de su vida, como consecuencia de vivir este tipo de eventos.

Al respecto cabe señalar la clasificación de las víctimas sostenido por Taylor y Frazer (1981 – 1987):

Victimas de Primer Grado (Grupo Primario): personas que sufren el impacto directo de los eventos, con daño directo sobre si mismas y/o pérdidas materiales.

Victimas de Segundo Grado (Grupo Secundario): Familiares o amigos de las víctimas de primer grado.

Victimas de Tercer Grado (Grupo Terciario): integrante de los equipos de primera respuesta.

Victimas de Cuarto Grado: la comunidad que se ve afectada en su conjunto.

Victimas de Quinto Grado: las personas que se informan de lo ocurrido por los medios de comunicación.

Específicamente, la condición de vulnerabilidad – entendida como la predisposición interna a sufrir pérdidas o daño – en los aspectos psicosociales, es producto de la conjugación de diversos factores individuales, familiares y sociales en un momento y lugar determinado.

Algunos de los factores moduladores de la condición de vulnerabilidad son:

- Exposición directa o indirecta al evento.
- Pérdidas de cualquier índole.
- Características individuales.
- Resiliencia.
- Contexto situacional de la emergencia mayor o desastre.
- Pocas habilidades personales para el manejo de la crisis.
- Historia personal y comunitaria.
- Experiencias previas colectivas e individuales en este tipo de eventos.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Escasas redes sociales y familiares de apoyo.

2.1. CLASIFICACION DE LOS GRUPOS DE ALTA VULNERABILIDAD SEGÚN FACTORES

- **Factor Etario:** niños y ancianos
- **Factor Género:** mujeres

- **Presencia de trastornos psicológicos o físicos:** personas con trastornos psicológicos, psiquiátricos, discapacitados y portadores de enfermedades crónicas.
- **Condiciones de vida a consecuencia del evento:** afectados, damnificados y albergados (grupo primario) y deudos de víctimas fatales, familiares y amigos cercanos (grupo secundario).
- **Labores desempeñadas durante la emergencia:** personal operativo que trabajan directa e indirectamente en el evento, socorristas, voluntariado, coordinadores locales, autoridades, etc. (grupo terciario).

Con respecto a los grupos de alta vulnerabilidad según factor género y etario, es posible señalar lo siguiente:

2.1.1 FACTOR GENERO

- Mujeres

Dado que la mayoría de las mujeres tradicionalmente han cumplido con las tareas de protección y contención emocional de sus familiares, frente a una situación de emergencia mayor o desastre, con la consecuente destrucción de la tranquilidad y la calma, se ven en la necesidad de generar mejores estrategias a contar con mayores recursos para cumplir con este rol.

En muchos casos tienen que realizar actividades laborales, dentro o fuera del hogar, que les permita ayudar económicamente a su familia o mantenerla.

En general la mayoría de las mujeres tienen menos oportunidades de acceso a los recursos materiales y sociales que les permitan reconstruir sus vidas y las de sus familias.

En algunos casos, después de una emergencia mayor o desastre, las mujeres pueden experimentar por primera vez situaciones de violencia intrafamiliar o mayores niveles de violencia.

Se puede sumar a lo anterior, situaciones de subordinación en las relaciones de poder, invisibilidad del trabajo doméstico, discriminación por condición de género o edad y el múltiple rol de la mujer.

Sin embargo, cabe señalar que las mujeres también poseen mayores competencias para acceder a sus redes de apoyo comunitarias y afectivas y se caracterizan por ser mayormente participativas y colaboradoras en las tareas de reconstrucción y recuperación de sus comunidades frente a este tipo de eventos.

2.1.2 FACTOR ETARIO

- Niños

Algunos niños, en relación con los adultos, se encuentran en una condición de mayor vulnerabilidad, puesto que carecen o no han desarrollado las capacidades afectivas y cognitivas necesarias para hacer frente al impacto de este tipo de situaciones.

Las emergencias mayores y los desastres afectan todos los aspectos del desarrollo de los niños (físico, emocional, cognitivo, conductual y social) sin embargo, la mayoría de las atenciones que se brindan están orientadas a los aspectos físicos, descuidando los aspectos emocionales, bajo las creencias erradas de que los niños no entienden lo que sucede o a ellos no les pasa nada.

- Ancianos

En relación a los ancianos, el estado de salud, es status social y económico, su condición de aislamiento y la falta de recursos para afrontar el evento, suelen ser algunos de los factores que inciden en el nivel de impacto de estas personas. Muchos de ellos, pueden experimentar situaciones de exclusión, aislamiento o carecer de redes de apoyo o bien ser percibidos como una carga para sus familiares.

En algunas ocasiones no se los toma en cuenta como personas activas y productivas, no se les informa o consulta en la toma de decisiones, o bien, no reciben las alertas emitidas porque se encuentran fuera de alcance de las redes oficiales de comunicación, o no tienen contacto con sus redes sociales cercanas. También pueden presentar alguna deficiencia sensorial que los imposibilita de recibir las alertas emitidas, o en caso que las reciban, pueden estar incapacitados para tomar las medidas de prevención, ya sea porque presentan deficiencias físicas o mentales (discapacidad auditiva, visual o problemas de movilidad), por la falta de información de cómo, donde y de qué manera evacuar, no tener acceso a los recursos para la evacuación, o no poseer información de medidas de protección para sí mismos.

Con respecto a la evacuación, cabe señalar que los ancianos son un grupo difícil de movilizar, puesto que ellos están mucho mas apegados a sus posesiones materiales, recuerdos familiares, objetos, fotografías, etc.

Un aspecto importante de destacar, es que los ancianos, frente a las situaciones de emergencia o desastre, demuestran tener mayor fortaleza y resiliencia que las personas jóvenes, dada las experiencias sucesivas de vivir enfermedades, pérdidas y muertes.

CAPITULO III

IMPACTO

3.1 IMPACTO A NIVEL INDIVIDUAL

3.1.1 REACCIONES ADAPTATIVAS O ESPERADAS EN ADULTOS

Atendiendo que las situaciones de emergencia y desastres constituyen un peligro para la vida humana propia y la de los demás y se rompe con equilibrio y la normalidad, es esperable y normal que las personas presenten una serie de reacciones como consecuencia de vivir este tipo de situaciones. A nivel individual, las emergencias y los desastres afectan de manera diversa sobre una o más dimensiones del ser humano: cognitiva, emocional, conductual, relacional y fisiológica.

El tipo, características del evento y la percepción que se tenga de ello, siempre es particular e individual, sin embargo, hay ciertas reacciones que son comunes. Generalmente las personas reaccionan con Llanto, Negación, Confusión y Angustia.

Aunque estas manifestaciones pueden presentarse por días o semanas, las personas en forma paulatina van recobrando su estabilidad.

Estas reacciones evolucionan generalmente en dos fases:

3.1.1.1 Fase de Shock

Esta fase se manifiesta, aproximadamente desde los primeros minutos hasta aproximadamente una semana y se caracteriza por lo siguiente:

Reacciones a nivel de las Emociones: llanto, incredulidad, negación, confusión, rabia, angustia, desborde emocional o aplanamiento afectivo.

Reacciones a nivel de los Pensamientos: dificultad en la capacidad de pensar, de concentrarse, de recordar, de incorporar nueva información, de tomar decisiones y desorientación en tiempo y lugar.

Reacciones a nivel del Cuerpo: aumento del ritmo cardíaco y del ritmo respiratorio, dilatación de pupilas y de capilares de manos y piernas, sudoración de manos, inhibición salivar (sequedad de la boca), micción (orinar) frecuente, opresión torácica o sensación de pecho apretado, etc.

Reacciones a nivel de Comportamiento: hiperactividad o hipoactividad. La hiperactividad es el continuo movimiento de las extremidades (brazos y/o piernas) tics, etc., y la hipoactividad es una marcada reducción del movimiento corporal. En este último caso las personas se encuentran inmóviles o estáticas.

3.1.1.2 Fase de Reacción

Esta fase se manifiesta, aproximadamente, desde los primeros días a hasta varias semanas y se caracteriza por:

Reacciones a nivel de Emociones:

Culpa: las personas tienen sentimientos de culpa por algo que ocurrió o se descuidó en momentos cercanos a la situación o por el hecho de haber sobrevivido. En la mayoría de los casos este sentimiento es irracional, no tiene lógica ni fundamento con la realidad.

Rabia: las personas tienen sentimientos de rabia por no haber podido evitar el evento o las consecuencias de éste.

Estos sentimientos de rabia y culpa generalmente se presentan en forma conjunta y son proyectados a otras persona, responsabilizando y culpando a otros, o bien, son dirigidos a sí mismos.

Otras reacciones frecuentes son: tristeza, frustración, baja autoestima, impotencia, irritabilidad, inseguridad, necesidad de estar solo, sentimientos de injusticia, indiferencia o marcada preocupación por otras personas.

Reacciones a nivel de Pensamientos: las personas tienen una percepción negativa de sí mismas, de los otros y del mundo. Presentan ideas relacionadas con un poca confianza en sí mismo y lo inapropiado de comenzar a establecer nuevas relaciones. En cuanto al mundo, aparece la noción de pérdida de estabilidad, orden y control.

Reacciones a nivel del Cuerpo: además de los síntomas del estado de ansiedad de la Fase de Shock, las personas tienen, como consecuencia de un estado de ansiedad prolongado, dolores de cabeza, cansancio, taquicardias, alteraciones del sueño (mucho sueño, insomnio, dificultad en conciliar el sueño, pesadillas, etc.) y alteraciones alimenticias (nauseas, vómitos, diarreas, pérdida o aumento del apetito, etc.).

Reacciones a nivel del Comportamiento: disminución de la higiene personal, descuido en la presentación personal, cambios en los hábitos alimenticios, uso indebido del alcohol y drogas, disminución de la resistencia física, dificultad para retornar al nivel normal de actividad y reducción de la vida social.

Reacción General de Evitación: las personas evitan todo aquello que se relacione con el evento.

3.1.2 REACCIONES ADAPTATIVAS O ESPERADAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

A diferencia de los adultos, los niños presentan una mayor condición de vulnerabilidad por la dificultad que tienen en comprender una situación que ha generado daño, muerte, dolor, inestabilidad y caos en su mundo. Sin embargo, la creencia de que los niños no sienten, no piensan, o no se dan cuenta de lo que pasa como consecuencia de una emergencia mayor o un desastre, es completamente errada.

Los niños y adolescentes, al igual que los adultos, presentan necesidades psicosociales, especialmente de índole afectivo como protección, información, seguridad, etc., relacionadas con el evento.

El impacto que puede generar un evento en ellos, va a depender, entre otros factores, del grado de exposición que se haya tenido, del nivel de desarrollo y/o madurez alcanzado y de la percepción de cómo la familia ha reaccionado frente al evento.

Las reacciones que pueden exteriorizar niños y adolescentes, aunque son esperables y transitorias, deben ser observadas y tenidas en cuenta, para evitar cualquier trastorno futuro.

En general estas reacciones son:

- Bajo rendimiento escolar.
- Indisciplina escolar.
- Rehusar asistir al colegio.
- Llanto y gritos.
- Irritabilidad.
- Conductas agresivas.
- Sentimientos de culpa.
- Dolores de cabeza.
- Dolores de estómago.
- Náuseas y vómitos.
- Aislamiento.
- Pérdida de interés.
- Pérdida de apetito.
- Apatía.
- Tensión.
- Ideación suicida.
- Conductas antisociales.
- Pesadillas.
- Micción nocturna (orinar).
- Ansiedad.
- Miedo.
- Tristeza y nostalgia.
- Dificultad de concentración.
- Angustia de separación de los adultos.
- Conductas regresivas (conductas correspondiente a un niño menos edad y que ya habían adquirido).

3.1.2.1. Reacciones en niños hasta los 2 años:

Los niños hasta los dos años de edad, aún cuando tienen poca capacidad para comprender las relaciones de causa – efecto y para aprender de las experiencias pasadas, son capaces de recordar, escenas, objetos, sensaciones o ruidos relacionados con el evento que pueden ser expresados a través de sus juegos.

Debido a que recién están comenzando a establecer vínculos emocionales de confianza con otras personas que no sean sus padres, manifestarán un intenso deseo por permanecer junto a sus progenitores.

3.1.2.2. Reacciones en niños desde los 2 hasta los 6 años:

En general, los niños entre los dos y los seis años son muy vulnerables a la pérdida de un mundo organizado, seguro y estable, carecen de habilidades verbales y conceptuales para enfrentar por sí mismos las consecuencias del evento y son incapaces de protegerse. Es común advertir en ellos:

- Intensos sentimientos de miedo al abandono.
- Inseguridad.
- Necesidad de consuelo y protección por parte de los adultos.

Debido a que su pensamiento es mágico y no comprenden el concepto de pérdida permanente, creen que con sólo pensar en algo, esto ocurrirá, lo que los lleva muchas veces a creer que pueden revertir las consecuencias adversas producto de la situación. Mucho de estos deseos son manifestados en sus juegos, dibujos y sueños.

Además presentan:

- Conductas regresivas: dejar de controlar esfínteres, chuparse el dedo, etc.
- Estar quejumbrosos.
- Pesadillas.
- Terrores nocturnos.
- Miedo a animales y sombras.
- Juegos repetitivos sobre el evento.
- Pedir que les den o que se les vista.
- Desear que sus padres estén permanentemente a su lado, que los carguen y duerman con ellos.

Esta necesidad de apego a sus padres es una reacción completamente natural de ansiedad y miedo.

3.1.2.3. Reacciones en niños desde los 6 a los 11 años:

La mayoría de los niños entre seis y once años de edad ya comprenden el concepto de pérdida permanente y son capaces de darse cuenta de las consecuencias que puede generar una emergencia mayor o un desastre, sin embargo, carecen de estrategias adecuadas para afrontar la situación.

En general manifiestan:

- Miedo y ansiedad por la pérdida de la noción de un mundo seguro y predecible, por la alteración de sus rutinas diarias, por las situaciones que recuerdan el evento.
- Bajo rendimiento escolar.
- Problemas de conducta.
- Rehusar asistir al colegio.
- Episodios de llanto.
- Gritos.
- Irritabilidad.
- Conductas agresivas.
- Sentimientos de culpa.
- Dolores de cabeza.
- Dolores de estómago.
- Nauseas y vómitos.

3.1.2.4. Reacciones en los Preadolescentes y Adolescentes:

Los preadolescentes (12-15 años ap.) y los adolescentes (16-18 años ap.), presentan reacciones parecidas a la de los adultos con una combinación de las presentadas durante la infancia. Algunos disimulan los miedos por temor a expresarlos, tienen una gran necesidad de parecer competentes, responsables e independientes frente a sus pares y a sus padres.

Las principales reacciones, que son temporales, son:

- Aislamiento
- Pérdida de interés
- Dolor de cabeza
- Dolor de estómago
- Pérdida de apetito
- Apatía o Desgano
- Tristeza
- Tensión
- Ideación suicida
- Conductas antisociales
- Problemas en el colegio
- Perturbación en el sueño

3.2 MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES COMUNITARIAS

Se ha delimitado en cuatro grandes etapas la dinámica psicosocial que una comunidad en general puede desarrollar a partir de la experiencia de una emergencia mayor o desastre:

3.2.1. PERIODO PREVIO A LA EMERGENCIA MAYOR O DESASTRE, FRENTE A UNA ALERTA (HORAS O DIAS PREVIOS)

Ante la alerta pública y el conocimiento de la ocurrencia de un evento de estas características, la mayoría de la población manifestará su deseo de evitación acompañado de un alto nivel de tensión, sobre valoración de éste, inquietud, confusión con probabilidad de rumores y/o sub-valoración de las características o consecuencias del mismo.

3.2.2. PERIODO DE LA EMERGENCIA MAYOR O DESASTRE (DESDE EL EVENTO HASTA 72 HRS. APP.):

Generalmente es un período breve, con afectación a las personas, sus bienes y medio ambiente. Durante este período suele haber mucha desorganización y confusión. La mayoría de las personas presenta sentimientos de miedo, abandono, vulnerabilidad, necesidades de supervivencia y pérdida de iniciativa. Surgen los liderazgos, positivos o negativos; conductas heroicas, de solidaridad o bien conductas de mezquindad, pasividad o violencia.

3.2.3. PERIODO POSTERIO A LA EMERGENCIA MAYOR O DESASTRE (30 DIAS APP.):

Además de mantenerse la dinámica psicosocial detallada en el período anterior, la comunidad lentamente comienza a trabajar en pos de la rehabilitación y la reconstrucción de los distintos ámbitos de su vida. En general, hay un fuerte deseo de volver a las condiciones anteriores al evento, de alguna manera "volver a la normalidad". Muchos manifiestan miedo a la repetición del evento o de sus consecuencias. Algunos presentan conductas agresivas contra autoridades e instituciones, actos de rebeldía, aumento de la delincuencia, violencia, consumo indebido de alcohol y drogas, etc.

3.2.4. PERIODO DE RECUPERACIÓN A LA EMERGENCIA MAYOR O DESASTRE (POSTERIOR AL PRIMER MES):

Aún se mantienen sin resolver algunas necesidades a consecuencia del impacto del evento, especialmente de índole psicológica. En general es un período de planificación y ejecución de las tareas necesarias para la recuperación definitiva.

Durante estas cuatro etapas o períodos, las manifestaciones psicosociales más comunes que pueden aparecer o agudizarse con el evento son:

- Uso indebido de alcohol y drogas
- Violencia intrafamiliar
- Conflictos familiares, laborales o sociales
- Conductas desadaptativas
- Delincuencia
- Embarazo preadolescente
- Pobreza
- Desempleo
- Viviendas o asentamientos precarios.

3.2. MITOS Y REALIDADES

A partir de lo expuesto anteriormente, se puede dilucidar con claridad la existencia de múltiples mitos y realidades en relación a una situación de emergencia mayor o desastre. El cuadro N° 1 da cuenta de algunos mitos y realidades en torno a estos eventos.

Cuadro N° 1: Mitos y realidades en situaciones de emergencia mayor o desastres.

MITOS	REALIDADES
Los problemas psicosociales en situaciones de emergencia mayor o desastre son poco frecuentes y su impacto en las personas es reducido.	En situaciones de emergencia mayor o desastre se genera una importante problemática psicosocial, en especial en la población damnificada o afectada.
En situaciones de emergencia mayor o desastre aumenta el número de personas con psicosis.	Estudios epidemiológicos no ha encontrado un aumento significativo de cuadros de psicosis a consecuencia de este tipo de eventos, sino más bien, descompensaciones psiquiátricas de cuadros pre-existentes.
Los trastornos psicológicos tienen una evaluación deteriorante en el tiempo y la eficacia de las medidas terapéuticas y/o farmacológicas son muy reducidas.	El desarrollo actual de la ciencia permiten disponer de múltiples tecnologías de intervención ya sea farmacológicas, terapéuticas, sociales, etc.
Los trastornos psicológicos no son previsibles ni probables.	Existen medidas educativas y de otro tipo que pueden favorecer una resolución positiva de las crisis, emergencias o desastres y, por ende, disminuir la probabilidad de manifestar trastornos, disfunciones y otros. Asimismo, las medidas educativas, de formación y preparación permiten fortalecer los mecanismos de respuesta a nivel individual y social.
El Trastorno de Estrés Postraumático es la única y más frecuente consecuencia de las situaciones de crisis, emergencias mayores y desastres.	El Trastorno de Estrés Postraumático es uno de los cuadros clínicos que pueden presentarse como consecuencia de vivir un evento estresante y su prevalencia oscila entre un 3 a 58% de la población afectada.

En situaciones de emergencia mayor o desastre son frecuentes los estados de pánico colectivo	El pánico colectivo es poco frecuente y aparece sólo en determinadas circunstancias.
La violencia y las conductas agresivas son poco frecuentes que se encuentran albergadas.	Existe un alto índice de conductas agresivas y violentas por parte de las personas albergadas.
Ubicar a las personas en albergues es una alternativa de primer orden.	Ubicar a las persona en albergues es una alternativa de última prioridad.
La comunidad afectada se encuentra tan conmocionada y afectada que es incapaz de asumir su propia responsabilidad y por ende, de participar en las actividades de reconstrucción.	En casos de emergencia mayor y desastre existen muchas personas disponibles a cooperar, con un alto sentido de responsabilidad y participación social.

CAPITULO IV

INTERVENCIÓN

Ante una situación de emergencia mayor o desastre, son múltiples las necesidades que surgen, como las de seguridad, alimentación, salud, información, apoyo psicológico y otras. Es por ello que se considera necesario realiza una intervención psicosocial a través de un equipo multidisciplinario integrado por psicólogos, psiquiatras, orientadores, asistentes sociales, voluntarios, líderes comunitarios, carabineros, bomberos, personal de salud, médicos, abogados, profesores y otros, que estén debidamente capacitados y acreditados para dar respuesta a las necesidades psicosociales de la población, a través de distintas estrategias de intervención.

Los equipos serán activados según estado de alerta declarada (Alerta Temprana, Amarilla o Roja) o situación de Emergencia declarada, es decir, ante la probabilidad de ocurrencia u ocurrencias de eventos destructivos que constituyan una situación de emergencia mayor o desastre y que generen algún grado de afectación a las personas.

Cada tipo de Alerta Temprana, Amarilla o Roja, extensión de la misma por amplitud o cobertura, indicará los procedimientos de activación de manera escalonada y de acuerdo a los niveles coordinación según la magnitud de la emergencia o desastre.

ALERTA TEMPRANA

Estado de Anticipación a eventual situación de Emergencia

Acciones: *Vigilancia y Seguimiento de condiciones de riesgo*

1. Mantenerse informado del estado de evolución del evento y/o de la Alerta.
2. Activar procedimientos de acuerdo a Alerta recibida.
3. Establecer contacto permanente con el coordinador respectivo.
4. Actualización del plan de enlace.
5. Revisión de procedimientos de coordinación operativa interna.
6. Evaluación del estado de los recursos (humanos, materiales y físicos).
7. Evaluación de la necesidad de intervención.

Si procede efectuar la intervención:

1. Intervención de los Equipos: Aplicación de Planes y Protocolos.
2. Mantener de operaciones institucionales, coordinaciones e información.
3. Redefinir la planificación en función de las evaluaciones del evento.
4. Entrega de informe.

En caso de no efectuar la intervención, el equipo deberá realizar lo indicado en los puntos 1 a 7 de lo anteriormente señalado.

ALERTA AMARILLA:

El evento Amenaza con crecer en extensión y severidad.

Alistar Recursos

Acciones:

Fase 1: Evento amenaza con crecer en extensión y/o severidad

1. Alistar recursos.
2. Activar Plan de Enlace y coordinación al interior de la institución y con organismos externos (Coordinador Territorial)
3. Activar operaciones institucionales.
4. Reforzamiento de los equipos humanos y técnicos
5. Evaluación de la necesidad de intervención.

Si procede efectuar la intervención:

1. Intervención de los equipos: Aplicación de los Planes y Protocolos.
2. Mantención de operaciones institucionales, coordinaciones e información.
3. Redefinir la planificación en función de las evaluaciones del evento.
4. Entrega de informe.

En caso de no efectuar la intervención, el equipo deberá realizar lo indicado en los puntos 1 a 5 de lo anteriormente señalado.

Fase 2: Evento a crecido en extensión y/o severidad.

1. Autoconvocatoria.
2. Intervención de los Equipos: Aplicación de Planes y Protocolos.
3. Mantención de operaciones institucionales, coordinaciones e información.
4. Redefinir la planificación en función de las evaluaciones del evento.
5. Entrega de informe.

ALERTA ROJA

El evento crece en extensión y severidad. Requiere la movilización de todos los recursos.

Acciones:

1. Autoconvocatoria y movilidad de todos los recursos.
2. Intervención de los Equipos: Aplicación de Planes y Protocolos.
3. Mantención de operaciones institucionales, coordinaciones e información.
4. Redefinir la planificación en función de las evaluaciones del evento.
5. Entrega de informe.

Para llevar acabo los procedimientos anteriormente descritos, es necesario que los equipos se coordinen con sus enlaces institucionales, los que a su vez deben coordinarse técnicamente con el encargado de Salud Mental y/o coordinador de los Equipos de Intervención a nivel comunal, provincial o regional y con el Director de Protección Civil y Emergencia del nivel jurisdiccional correspondiente. De esta manera, los equipos de Primer Apoyo Psicológico trabajarán desde el ámbito técnico con el Sector de Salud y desde la coordinación con las Direcciones de Protección Civil y Emergencias.

El equipo, una vez trasladado al lugar del evento, debe definir el lugar o los lugares en donde se realizará la intervención. Es conveniente tratar de efectuarla en el lugar del evento para no desarraigar a las personas de su contexto y minimizar la calificación de "personas enfermas" o "locas". Dependiendo de la modalidad, ésta puede ser efectuada en albergues, líneas telefónicas de urgencia, oficinas de información ciudadana, casas, escuelas, trabajos, centros comunitarios, juntas de vecinos, hospitales, clínicas, consultas, consultorios, iglesias, etc.

Luego es fundamental que se realice una evaluación general de la situación que comprenda un diagnóstico de las necesidades psicosociales que presenta la población y las condiciones en donde se encuentran las personas afectadas, los grupos que presentan mayor vulnerabilidad, los factores protectores de la comunidad, los factores de riesgo, los recursos locales disponibles, las redes de apoyo existentes, los aspectos socioculturales particulares de la población, etc.

A partir de esta evaluación de la dinámica psicosocial en la que se encuentra la comunidad, establecer los objetivos específicos de la intervención, las modalidades de intervención, las tareas específicas a realizar por el equipo psicosocial y la duración. En cuanto a este último aspecto, una intervención en crisis o un primer apoyo psicológico, puede durar de minutos hasta semanas o meses, dependiendo de los objetivos específicos que se pretendan alcanzar.

Es necesario que la intervención se realice en forma oportuna y contingente al evento (lo más inmediata posible) para evitar la aparición de reacciones no adaptativas o trastornos.

Es primordial la realización de una evaluación secundaria de manera de ir respondiendo según la dinámica de los cambios surgidos, asimismo, efectuar al término de la (s) intervención(es) una evaluación final que de cuenta de los logros alcanzados y las problemáticas presentadas.

4.1 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Una de las tareas esenciales de los equipos psicosociales, ocurrida una situación de emergencia mayor o desastre, es la atención psicológica ya sea a las personas afectadas, damnificadas, familiares y comunidad en general, como al personal operativo en terreno.

Cabe mencionar que en algunas situaciones de este tipo, personas de la misma comunidad, voluntariado, personal municipal y los mismos equipos de respuesta, han llevado a cabo acciones espontáneas tendientes a aliviar el impacto psicológico.

Aún cuando en nuestro país existen equipo psicosociales capacitados para realizar ese tipo de intervenciones, es esencial que los agentes del Sistema de Protección Civil estén sensibilizados y preparados para ofrecer un Primer Apoyo Psicológico a las personas afectadas y sepan cuando y como derivar a aquellos que necesitan una atención más especializada.

En consecuencia, los tipos de intervención posibles de ejecutar son:

4.1.1. PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

Puede ser destinada a la comunidad o a los operadores de emergencias. Sus objetivos son acoger y contener el impacto emocional cognitivo, emocional, conductual, fisiológico y relacional de las personas que sufren el impacto de una situación de emergencia. Además, activar los recursos de las personas y las comunidades, visibilizar las redes de apoyo y detectar a las personas que se encuentren en riesgo vital y derivarlas adecuada y oportunamente.

4.1.2. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Esta estrategia se realiza principalmente con la comunidad o las personas afectadas por una situación de carácter estresante, con la finalidad de favorecer una resolución más positiva de la situación, fortalecer la capacidad de las personas de vivenciar de la mejor manera posible el evento y lograr una mayor competencia para futuras situaciones de crisis o emergencias.

4.1.3. TERAPIA DE CRISIS

Este tipo de intervención que se trabaja con las personas afectadas para resolver la crisis y transelarorar el incidente ocurrido, de manera de integrarlo a la trama y a la narrativa de la vida.

4.1.4. DEBRIEFING

Se puede realizar con la comunidad afectada o con los operadores de emergencias. La estrategia persigue reestablecer el funcionamiento de las personas, ayudar a procesar la información y a normalizar las reacciones que las personas tienen y han de presentarse en el corto o mediano plazo.

4.1.5. INFORME MANEJO DE CRISIS (IMC)

El informe de Manejo de Crisis se efectúa con la comunidad afectada para proporcionar información del evento, controlar los rumores, educar sobre los síntomas y las técnicas de manejo de estrés, identificar los recursos disponibles y reestablecer el sentido de comunidad.

4.1.6. DEFUSING O DESACTIVACION

Este tipo de intervención se efectúa principalmente con los operadores de emergencias para proporcionar información y apoyo, favorecer la ventilación emocional y generar una pausa saludable al final del día que le permita continuar con las tareas de emergencias.

4.1.7. DESMOVILIZACION

La Desmovilización se realiza con los operadores de emergencia con el objetivo de facilitar la cohesión grupal, favorecer la ventilación emocional y normalizar las reacciones, particularmente al final de los trabajos de contención y control de la emergencia o desastre.

4.2. PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA (PAP)

4.2.1 PRINCIPIOS BÁSICOS

1. **Proximidad:** La atención debe realizarse en los escenarios próximos de la emergencia. Puede ser efectuada en la calle, albergues, estadio, sede comunitaria, iglesia, etc., intentando encontrar lugares que provean condiciones de privacidad y seguridad.
2. **Inmediatez:** Tratar de realizar el Primer Apoyo Psicológico durante los primeros minutos u horas después de ocurrida la emergencia o desastre.
3. **Expectativas:** Transmitir información realista y positiva sobre la capacidad de afrontar la situación y de acceder a la red de apoyo.
4. **Unidad:** Favorecer la reestructuración y la unidad de los pensamientos. La idea es reconstruir la historia con lógica y sentido.
5. **Simplicidad:** Métodos simples y sencillos.

El Primer Apoyo Psicológico puede ser efectuado a nivel individual y grupal y su duración puede ser de minutos a horas.

4.2.2 PRIMER APOYO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL

4.2.2.1. Objetivos:

1. Favorecer la protección de la integridad de la persona.
2. Estabilizar las emociones: aliviar el sufrimiento, reducir la angustia, reducir los sentimientos de anormalidad, enfermedad, miedo y marginalidad.
3. Reconstrucción de la situación e incrementar la organización de los pensamientos.
4. Ayudar a que la persona mantenga el contacto con la realidad.
5. Ayudar en la toma de decisiones.
6. Vincular a la persona con sus redes de apoyo.
7. Facilitar una mínima capacidad de respuesta a las demandas a corto plazo derivadas de la situación.
8. Orientar sobre la posibilidad de solicitar ayuda.

4.2.2.2. Etapas:

1. Establecer contacto psicológico.
2. Brindar apoyo y comprensión.
3. Reconstrucción de los hechos.
4. Evaluar consecuencias del evento.
5. Evaluar circunstancias de la vida.
6. Determinar acciones inmediatas y favorecer conductas adaptativas.
7. Proporcionar información acerca de las reacciones habituales como consecuencia de la emergencia o desastre.
8. Derivación y seguimiento.
9. Cierre.

4.2.3 PRIMER APOYO PSICOLOGICO GRUPAL

4.2.3.1 Objetivos:

1. Favorecer el intercambio de experiencias y el apoyo entre los participantes.
2. Despejar rumores, dudas y confusiones respecto de la situación ocurrida.
3. Reconstrucción de la situación e incrementar la organización de los pensamientos.
4. Estabilizar las emociones: aliviar el sufrimiento, reducir la angustia, reducir los sentimientos de anormalidad, enfermedad, miedo y marginalidad.
5. Normalizar las reacciones o efectos de la situación en las personas.

4.2.3.2. Etapas:

1. Fomentar la confianza, la cohesión grupal y el contexto para el trabajo.
2. Proporcionar información de los hechos.
3. Reconstrucción de los hechos.
4. Evaluar consecuencias del evento.

5. Entrega de Apoyo Emocional.
6. Proporciona información acerca de las reacciones habituales como consecuencia de la emergencia o desastre.
7. Cierre.

4.3 PROCEDIMIENTOS

4.3.1. PROCEDIMIENTO CON ADULTOS

- Ser empático: hacer sentir a la persona escuchada, comprendida, aceptada y apoyada.
- Comunicar interés, simpatía, invitar a dialogar, resumir y reflejar hechos y sentimientos, contrastar con la realidad, etc.
- Expresión de emociones y hechos relacionados al evento.
- Reconstruir los hechos y darle un sentido lógico y reparador.
- Evaluar las consecuencias del evento en las dimensiones de la persona: emociones, pensamientos, conductas, corporal o fisiológica y de las relaciones con los demás.
- Identificar y/o Movilizar los recursos de la persona.
- Aceptar el derecho de la persona a sentirse así.
- Identificar y evaluar las posibles soluciones a las necesidades o demandas inmediatas
 - Conocer lo que se ha intentado hacer hasta ahora.
 - Lo que se puede o no hacer a corto plazo.
 - Determinar ventajas y desventajas de las opciones.
 - Proponer otras alternativas, etc.
- Evaluar el riesgo de mortalidad que corre la persona u otras personas. Si el riesgo es alto, el operador social debe tomar una actitud directiva.
- Comunicar que la mayoría de las reacciones son normales y esperables.
- Entrenar en estrategias sencillas de relajación.
- Cierre de la intervención con acuerdo de una nueva reunión y/o establecer una derivación vincular.
- Seguimiento. Observar y registrar la evolución de la o las personas a las que se ayudó, para determinar si la intervención resultó adecuada o hay necesidad de brindar una intervención más especializada.

4.3.2. PROCEDIMIENTOS CON NIÑOS

- Evitar separar a los niños de sus padres o personas significativas, pasar tiempo con ellos, sobretodo al dormir.
- Acariciarlos y abrazarlos frecuentemente.
- Reafirmar constantemente que están bien.
- Hablar de la situación en forma simple y honesta. No exagerar ni minimizar.
- Informarles de aquello que sólo los puede afectar directamente.
- Decirles que sus reacciones son normales.

- Ayudarles a expresar sus fantasías de la situación.
- Preguntarle sobre sus sentimientos, miedos, preocupaciones, lo que piensan.
- Aceptar sus sentimientos e ideas.
- Contarle como se sintió usted.
- Mostrarse seguros y esperanzados.
- Estimular a que jueguen o pinten con el tema de la situación y le den un final feliz.
- Mantener las rutinas familiares.
- Darles tareas constructivas y acordes con su edad.
- Reforzar las conductas responsables y de cooperación.
- Ser pacientes cuando presenten conductas correspondientes a niños de menor edad que ya habían tenido (conductas regresivas).
- Motivarlos para que hablen de sus sueños y pesadillas. Decirles que es normal.
- Decirles la verdad.
- No prometer algo que no se pueda cumplir.
- El tema de la muerte debe ser tratado objetivamente. Que es definitiva y que da pena.
- Decirles donde están sus padres, cada vez que preguntan.
- Desestimular la incorporación a pandillas u otros grupos.
- Promover reuniones entre los niños y sus padres.

4.3.3. PROCEDIMIENTOS CON ADOLESCENTES

- Estimular reuniones y formas de compartir con otros jóvenes.
- Hablar realistamente de lo que se pudo y no se pudo hacer.
- Comunicarles que son normales.
- Fomentar que busquen apoyo y comprensión.
- Ayudarles a entender que algunas de sus conductas son para evitar los sentimientos derivados de la situación.
- Prevenirlos, para evitar conductas de riesgo que atenten contra su vida y la de los demás.
- Hablar de los problemas que pueden tener con la familia, el colegio o los amigos.
- Pedirles que no hagan cambios drásticos en sus vidas.

4.3.4. A NIVEL COMUNITARIO

- Implementar programas de participación ciudadana para fortalecer las redes sociales, promover la autoresponsabilidad, incentivar los liderazgos positivos, la toma de decisiones, etc.
- Transmitir control, organización, seguridad, liderazgo en el manejo de la situación, asimismo dar señales de un proceso de real recuperación, sea corto o mediano plazo.

- Fomentar el reinicio de las actividades laborales, sociales, etc., con un sentido de vuelta a la normalidad.
- Informar continuamente de las gestiones realizadas.

4.3.5. QUE NO HACER

- No obligar a alguien a ser ayudado.
- No ofrecer algo que no se pueda cumplir.
- No temer al silencio de las personas. Hay que dar tiempo a que las personas reflexionen.
- No muestre ansiedad.
- No ofrezca respuestas, facilite la reflexión.
- No tenga miedo a aceptar que la persona necesita más ayuda de la que usted ofrece.
- No dejen que las personas busquen sólo los aspectos negativos de la situación.
- No muestre lástima o paternalismo, ni autoritarismo.
- No espere que la persona funcione de manera normal inmediatamente.
- No confronte a la persona.
- No insista con preguntas más allá de lo que la persona quiere hablar.
- No interprete motivaciones ocultas a partir de las conductas de las personas.
- No moralice ni sermonee.
- No intente progresar demasiado rápido.
- No considere superficiales las amenazas de suicidio o muerte.
- No aliente a alguien a hacer algo que no quiere.

CAPITULO V

EQUIPOS DE INTERVENCIÓN

5.1. COMPETENCIAS NECESARIAS PARA BRINDAR PRIMER APOYO PSICOLÓGICO EN SITUACIONES DE CRISIS, EMERGENCIAS Y DESASTRES

Ante una situación de emergencia mayor o desastre, muchas personas en forma espontánea y voluntaria ofrecen distintos tipos de ayuda a las personas que resultan afectadas. Sin embargo, en este ámbito de la atención, no todas las personas se encuentran en condiciones de poder llevar a cabo una Primera Ayuda Psicológica.

Dado lo anterior, se señalan algunas competencias necesarias para poder efectuar este tipo de intervención:

- Capacidad, disposición e interés para trabajar en condiciones extremas.
- Capacitado en esta materia.
- Capacidad y disposición para escuchar y acoger el sufrimiento de las personas (Empatía y escucha activa)
- Percepción realista de sus capacidades y limitaciones.
- Capacidad de Evaluación y Planificación.
- Capacidad para el trabajo en equipo (capacidad para asociarse y trabajar con otros).
- Disciplina y Responsabilidad.
- Agudeza en la observación y determinación de signos de riesgo o trastornos.
- Resistencia a la fatiga psicológica y física.
- Capacidad para reflexionar antes de actuar (Autocontrol).
- Capacidad para tomar decisiones bajo presión.
- Capacidad de adaptación y flexibilidad.
- Poseer tolerancia a la frustración.
- Ser capaz de reconocer su afectación personal producto de la intervención y pedir la ayuda necesaria.

5.2. REACCIONES ESPERABLES EN LOS OPERADORES DE EMERGENCIAS

Los operadores de emergencias que trabajan en el manejo y control de una situación de este tipo o quienes brinden un primer apoyo psicológico en situaciones de emergencias y desastres, también presentan reacciones esperables y normales producto del trabajo con personas fallecidas, heridas, damnificadas, afectadas, familiares y amigos de víctimas, en suma, personas

que han vivido una situación altamente estresante con un alto y variado nivel de impacto sobre si misma.

Las reacciones esperables por parte de los operadores son las siguientes:

5.2.1. REACCIONES FÍSICAS

- Aumento del ritmo cardíaco, respiratoria y presión sanguínea.
- Nauseas.
- Trastornos digestivos.
- Perdida de apetito.
- Sudor o escalofrío.
- Temblores musculares.
- Insomnio.

5.2.2. REACCIONES CONDUCTUALES Y SOCIALES

- Aislamiento de la familia o amigos, porque creen que no les van a entender porque quieren protegerles de algunos aspectos de su trabajo.
- Aumentos de consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- Hiperactividad.
- Incapacidad para descansar, alimentarse o tomar pausas.
- Labilidad emocional.

5.2.3. REACCIONES COGNITIVAS

- Sueños recurrentes o sueños traumáticos.
- Confusión y dificultad de concentración.
- Amnesia retrograda y selectiva.
- Pensamientos negativos.
- Lentitud de pensamiento.
- Desorientación.
- Flashback.

5.2.4. REACCIONES EMOCIONALES

- Fuerte identificación con las víctimas.
- Tristeza.
- Cambios de humor.
- Depresión.
- Apatía.
- Preocupación por la salud de los demás.

- Sentimientos de impotencia.
- Sentimientos de incompetencia.
- Anestesia afectiva.
- Miedo a perder el control.
- Irritabilidad.
- Agresividad.

5.3. AUTOCUIDADO

El Autocuidado de las personas que intervienen en situaciones de emergencias y desastres constituye un aspecto fundamental y prioritario en la gestión de riesgo, puesto que los operadores sociales de emergencias son un recurso humano relevante para la atención de las persona y comunidades que han vivido situaciones altamente estresantes y que presentan un alto impacto emocional producto de las mismas.

Lo anterior implica que los operadores de emergencia se reconozcan y sean reconocidos por sus instituciones como persona susceptibles de ser afectadas por el trabajo en emergencias. A su vez, que los mismos operadores y sus organizaciones desarrollen e implementen estrategias para mitigar el impacto sobre ellos, a saber:

- Reconocer e identificar las reacciones de los operadores de emergencias.
- Procurar espacios formales y personales para facilitar la ventilación emocional y la sana distracción.
- Evitar saturar y contaminar las redes personales y laborales.
- Organizar el trabajo de los operadores asegurando condiciones de seguridad, alimentación y descanso.
- Compartir la responsabilidad en la toma de decisiones.
- Desarrollar estilo de liderazgo democrático.
- Desarrollar un estilo de supervisión protector.
- Establecer relaciones de confianza.
- Favorecer el perfeccionamiento laboral.
- Realizar actos simbólicos o rituales frente a situaciones especiales, significativas o importantes.
- Activar y mantener las redes institucionales

BIBLIOGRAFIA

Condori, L; Palacios, A & Ego-Aguirre, V. Impacto Psicológico en el trabajo en Emergencias y Desastres en Equipos de Primera Respuesta, Sociedad Peruana en Psicología de Emergencias y Desastres. Perú 2002.

Gutiérrez, L. "La Presencia de Psicólogos ya se considera como un Recurso Humano más en una Gestión Eficaz de la Catástrofe", en *Revista Protección Civil*, Dirección General de Protección Civil de España, N° 14, España. Diciembre 2002.

Gutiérrez, L. El Papel del Psicólogo en los Desastres, en Conferencia Virtual sobre Teoría y Práctica de las Ciencias Sociales en Situaciones de Riesgos Catastróficos, Tema IV Psicología aplicada a la Gestión de Riesgos y Catástrofes, Dirección de Protección Civil de España y Centro Europeo de Investigación Social de Situaciones de Emergencia – CEISE. España 2000.

Llanos, María Teresa; Sinclair, Caroline; Arón, Ana María; Milicia, Neva; Martínez, María Josefina; Salgado, Ricardo & Chia, Enrique. Escuela de Psicología Universidad Católica de Chile, Proyecto Fondef "Intervención en Crisis" (D03 – I – 1038). "Manual de Primer Apoyo"

Navascués, I. Apoyo Psicológico en Catástrofes, en *Revista Protección Civil*, Dirección General de Protección Civil de España N° 3, España. Marzo 2000.

Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, Definición de Desastres. <http://www.omh.state.ny.us>

Organización Panamericana de la Salud, OPS., Protección de la Salud Mental en situaciones de Desastres y Emergencias. Serie manuales y Guías sobre Desastres, N° 1. Washington, D.C. Agosto 2002.

Perren – Klinger, G. Debriefing, modelos y aplicaciones: de la historia traumática al relato integrado. 2003

Pichot, P. Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana; López-Ibor, J.J. Director de la edición española; Valdés Miyar, M. Coordinador de la edición española. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ediciones Masson S.A. España, 1995.

Slaikeu, K., Intervención en Crisis: Manual para la práctica e investigación. Editorial El Manual Moderno S.A. México, 1988.

Sluzki, C. La red social: Frontera de la práctica sistémica. Editorial Gedisa, 1996.

Stallings, R. Construyendo el Riesgo: Teoría sociológica sobre la Amenaza Sísmica. Revista Desastres y Sociedad, N° 4, Año 3. Enero – Junio 1995.

Vergara, M; Herrera, M & Castillo, A. Psicología aplicada a la Gestión de Riesgos y Catástrofes, en Conferencia Virtual sobre Teoría y Práctica de las Ciencias Sociales en Situaciones de Riesgos Catastróficos, Dirección General de Protección Civil de España y Centro Europeo de Investigación Social de Situaciones de Emergencia – CEISE. España, 2000.

Zagmutt, A. Intervención en Crisis desde el Enfoque Posracionalista y el Marco Narrativo de la Experiencia Humana, en Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol. VII, N° 2, Año 1998.